

ANNEE

1969

N°

39

T H E S E

POUR LE

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Jean SAUVAGE

Né le 4 octobre 1935 à Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Présentée et soutenue publiquement le 1969

A P R O P O S D E L ' A U G M E N T A T I O N D U N O M B R E D E S
E T A T S N E V R O T I Q U E S , P R O B L E M E S P O S E S P A R L E U R
H O S P I T A L I S A T I O N E N M I L I E U P S Y C H I A T R I Q U E

Président : Mr Jean DELAY

Professeur

ANNEE 1968

N°

T H E S E

POUR LE

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Jean SAUVAGE

Né le 4 octobre 1935 à Paris

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS DE L'AUGMENTATION DU NOMBRE DES
ETATS NEVROTQUES, PROBLEMES POSES PAR LEUR
HOSPITALISATION EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

Président : Mr Jean DELAY

Professeur

UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

7

1951 JUN 1

1951 JUN 1

1951 JUN 1

UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

1951 JUN 1

1951 JUN 1

1951 JUN 1

1951 JUN 1

1951 JUN 1

1951 JUN 1



UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

1951 JUN 1

1951 JUN 1

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.),
 BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.),
 DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES
 (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.),
 LELONG (M.), LEVY (M^{lle} J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.),
 MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-
 RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.),
 SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN Georges BROUET

1er ASSESSEUR Daniel BARGETON

2me ASSESSEUR Jean GOSSET

I - PROFESSEURS

1°) - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

MM.

Anatomie.....	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M-F.)
-	POLONOVSKI (J.)
-	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
-	DOGNON (A.)
-	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
-	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Médecine légale, Droit médical et déontologie.....	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasilogie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- -	KUSS (R.)
- -	VERNE (J.M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L-C)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- -	BRICAIRE (H.)
- -	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale .	N ..
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N ..

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
-	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
- -	GOUGEROT (L.)
- -	ROUCAYROL (J-Cl.)
- -	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2°) - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) - Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
- (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
(Beaujon)	LORTAT-JACOB (J-L.)
(-)	BAUMANN (J.)
Cliniques (Cochin)	LEGER (L.)
Chirurgicales (Hôtel-Dieu)	PATEL (J.)
(Saint-Antoine)	GOSSET (J.)
(Salpêtrière)	SICARD A.
(Tenon)	OLIVIER (Cl)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	
(COCHIN)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
(Foch)	PADOVANI (P.)
(Beaujon) ...	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	
(Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) .	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
(Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	
(Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
(Bicêtre)	DEPARIS (M.)
(Broussais)	MILLIEZ (P.)
(Cochin)	N..
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M.)
Cliniques médicales (Pitié)	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine)	CONTE (M.)
(Saint-Antoine)	LOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale	
(Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des	
maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)

MM.

Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales... (Baudelocque)	LACOMME (M.)
(Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
- - (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ...	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ...	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SEZE (S.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F.WIDAL)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré) ..	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A.Chantin)	DOMART (A.)
- - (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié)	RAMBERT (P.)
- - (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicale (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) - Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRE (R.)
-	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	(AZERAD (E.)
	(BOUR (H.)
	(CAROLI (J.)
	(DREYFUS (B.)
Médecine	(GROSSIORD (A.)
	(LAMBLING (A.)
	(LAUNAY (C L.)
	(PAYET (M.)
	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Néphrologie	RICHE

Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURQ (R.)
Pédiatrie	(POLONOVSKI (Cl.)
	(ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B.)
	(MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
	(CARTIER (P.)
Biochimie médicale	(GONNARD (P.)
	(NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladie infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	(COURSAGET (J.)
	(GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr s. ch.
pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr s. ch.

IV - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)
Conseiller administratif Melle CHAINTREUIL (G)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque)
Conservateur du Musée d'Histoire de la)
Médecine) M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs)
Melles DUMAITRE (P.)
LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Bibliothécaires)
Mmes CONTET (J.) FORGET (F.)
Milles DUROZOY (M-F.)
ROBERGE (D.) Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

avec toute mon affection,

A ma famille,

A mes amis.

A Monsieur le Professeur DELAY

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
et de l'Encéphale

qui nous a fait
l'honneur d'accepter
la Présidence de
cette thèse,

A Messieurs les Membres de notre Jury de thèse

que nous remercions
d'avoir bien voulu juger
ce travail

A notre Maître

Monsieur le Docteur Pierre LÔO

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

qui a bien voulu inspirer
cette thèse.

Nous lui témoignons ici notre
reconnaissance pour la
constante bienveillance
avec laquelle il nous a
prodigué son précieux
enseignement.

A Monsieur le Docteur H. FAURE
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

A Monsieur le Docteur C. CHALLOU
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

En remerciement du temps
passé dans leur Service.

A Mademoiselle le Docteur M. GUINARD
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques,

A Monsieur le Docteur M. MERCERON
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques,

A Monsieur le Docteur J. MENIER
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques;

A Monsieur BACQUELIN
Pharmacien-Chef du Centre Psycho-
thérapique de La Charité-sur-Loire.

A PROPOS DE L'AUGMENTATION DU NOMBRE DES
ETATS NEVROTQUES, PROBLEMES POSES PAR LEUR
HOSPITALISATION EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

I N T R O D U C T I O N

Cela est un fait incontestable que depuis vingt à trente ans les Hôpitaux Psychiatriques sont de plus en plus nombreux et encombrés. On en tire argument pour montrer l'accroissement du nombre des maladies mentales.

S'agit-il vraiment d'une augmentation de la morbidité mentale ou, au contraire, d'une psychiatrisation de la morbidité générale, voire d'une extension de la psychiatrie aux confins du normal et du pathologique.

Quoi qu'il en soit, l'homme moderne est anxieux, a conscience de l'être et le recours à la Psychiatrie semble suffire à expliquer en partie cette augmentation du nombre de malades traités dans les Hôpitaux Psychiatriques.

Qu'elle soit normale ou pathologique, souvent névrotique, l'anxiété est devenue très fréquente.

L'opinion généralement admise veut qu'elle soit le résultat de la vie contemporaine, agitée, bruyante, C'est sans doute là une explication superficielle, et peut-être

déjà névrotique de rechercher l'origine de nos maux dans des faits situés hors de notre portée. Il semble en effet, et c'est ce que nous tenterons d'établir, que l'augmentation de la morbidité psychiatrique soit le fait essentiellement des états névrotiques.

Après un bref aperçu sur la notion d'état névrotique, nous nous proposons de voir quelle est l'importance du développement de ces états en valeur absolue et aussi relativement aux autres affections psychiatriques.

Nous avons utilisé les archives de l'Hôpital Psychiatrique de La Charité-sur-Loire où nous sommes interne. Les résultats de nos calculs sont donc d'abord valables pour le département de la Nièvre, mais nous pensons pouvoir les étendre au reste de la population, le département étant en effet à la fois agricole et industriel et pouvant être pris comme témoin.

Nous consacrerons un chapitre au problème particulier de l'alcoolisme qui nous paraît devoir être étudié ici, l'étude comparative des hospitalisations dans les services d'hommes et dans les services de femmes faisant apparaître un certain parallélisme entre l'alcoolisme chez les hommes et les états névrotiques chez les femmes.

Nous envisagerons ensuite les rapports particuliers entre le névrosé et l'Hôpital, ce qui nous fera successivement envisager, d'une part les raisons qui amènent les états névrotiques à l'Hôpital Psychiatrique,

d'autre part dans quelle mesure ce dernier peut être considéré comme adapté au traitement de ces états, compte tenu de leur pathogénie.

Enfin, nous dirons comment, à notre avis, on pourrait envisager l'hospitalisation et le traitement des états névrotiques dans un contexte social en constante évolution.

DEFINITION DES ETATS NEVROTQUES

Par la multiplicité de leur aspect, leur richesse symptomatique et leur variabilité, ils ont longtemps déconcerté les médecins qui, par formation ou conviction, continuent de les qualifier de neurotoniques, neuro-végétatifs, neurasthéniques, hypocondriaques, voire de malades imaginaires.

Nous allons tenter brièvement de voir ce qu'il en est.

Si la névrose est vieille comme l'humanité, du moins peut-on la préciser puisque, comme le dit Pierre LÔO "elle est le reflet de la personnalité". Les états névrotiques semblent être la maladie de notre époque qui aura eu le mérite de les identifier en tant qu'entité **morbide**.

Il semble que ce soit la description clinique de la neurasthénie de BEARD qui corresponde le mieux aux états névrotiques, asthénie constante surtout matinale contrastant avec un mieux être, voire un état euphorique le soir, subjective et variant avec le fond émotionnel et sur laquelle vient se greffer un cortège de malaises physiques qui n'épargne aucun organe, aucune fonction.

L'état mental est-il le simple retentissement de ces malaises **physiques** sur le psychisme du malade ? C'est ce que tend à prouver l'observation de nombreux malades qui font, comme le dit Pierre LÔO, une névrose en réaction à une

maladie, qu'elle soit organique ou psychiatrique. Cependant, au cours des états névrotiques, les troubles psychiques et physiques sont si étroitement imbriqués qu'il est difficile de déterminer quelle catégorie a induit l'autre.

Les états névrotiques apparaissent comme le terrain sur lequel vont pouvoir se structurer une névrose phobique, obsessionnelle ou hystérique, des paroxysmes rythmés par les traumatismes sociaux, arrivant à dessiner la névrose d'angoisse de FREUD.

Cliniquement, ils sont faits d'un ensemble de signes que l'on peut distinguer en deux groupes : des signes psychiques d'une part, des signes cénesthésiques d'autre part, l'un et l'autre groupe de signes s'inscrivant bien dans la vieille définition négative de la névrose, maladie sans support organique.

Les signes psychiques sont centrés par l'asthénie, la fatigabilité à l'effort, la difficulté à fixer l'attention, l'insomnie habituelle et les troubles sexuels fréquents.

Les signes cénesthésiques sont, eux, innombrables et variables autant que les malades; cependant, on trouve avec une fréquence particulière des céphalées, des bourdonnements d'oreille, des sensations d'oppression, des vertiges, des palpitations, des spasmes divers, des douleurs. Mais, comme le dit Henri EY de la névrose, "... ce n'est pas une collection de symptômes, c'est une forme d'existence ...".

Forme d'existence dans laquelle la vie affective, qui se déroule dans un climat passionnel, revêt une importance capitale et conditionne toute la vie du sujet qui, adulte, continue de se comporter comme un enfant.

Ce comportement infantile altère ses rapports avec autrui. Comme l'enfant, il sent le besoin d'un soutien, il le réclame, il l'exige.

Et c'est aux autres qu'il va toujours réclamer, comme la clef de sa guérison, la solution des situations conflictuelles où il se trouve toujours empêtré.

ETUDE STATISTIQUE GENERALE

Nous nous proposons de rechercher comment et dans quelle proportion les névroses et les états névrotiques ont évolué par rapport aux autres maladies psychiatriques.

Nous avons travaillé sur les états statistiques de l'Hôpital Psychiatrique de La Charité-sur-Loire où nous sommes interne. Ce sont les formulaires imprimés du Ministère de la Santé sur lesquels sont portés chaque année le maximum de renseignements concernant les entrées et sorties de l'hôpital. Les malades étant classés par catégories diagnostiques, nous n'avons pas tenu compte de la distinction entre Service Ouvert et Fermé.

Enfin, en vue de simplifier la lecture des tableaux de ce chapitre, nous avons, chaque fois que cela était nécessaire, arrondi les chiffres de pourcentage à l'unité la plus proche.

Tout d'abord, il convient de remarquer que le nombre de lits de l'Hôpital a augmenté de 899 en 1943 à

1.115 en 1968. Par ailleurs, le nombre d'hospitalisations a constamment augmenté. Il était en 1946 de 252, en 1956 de 336, et 1.270 en 1966. D'où une réduction notable du nombre de journées d'hospitalisation par malade et un nombre beaucoup plus considérable de personnes soignées.

L'Hôpital de La Charité-sur-Loire était de structure traditionnelle, c'est-à-dire admettant des malades en Cure Libre et selon les diverses modalités de Service Fermé. Il n'y a donc pas d'"Hôpital de Jour" et le nombre de lits correspond exactement au nombre de malades traités.

Il est de tradition de distinguer, voire d'opposer psychose et névrose.

Sans vouloir aborder l'un des problèmes les plus ardu de la Psychiatrie, il nous paraît cependant nécessaire, pour l'étude statistique qui nous occupe, de rechercher comment le pourcentage de malades atteints de psychoses et de névroses a pu varier dans le temps.

Pour ce faire, nous sommes obligés de tenir compte de la classification administrative qui distingue quinze catégories diagnostiques.

TABLEAU DONNANT LA REPARTITION DES MALADES

POUR CES QUINZE CATEGORIES DIAGNOSTIQUES EN 1946, 1956, 1966

	1946	1956	1966
1/ Psychoses maniaco-dépressives	67	42	258
2/ Etat confusionnel	7	7	18
3/ Syndrome délirant	6	4	17
4/ Schizophrénie, D.P. ...	24	24	42
5/ Délires chroniques, systématisés	10	33	27
6/ Psychose alcoolique ...	1	7	37
7/ Alcoolisme	7	98	213
8/ Paralysie générale	5	3	2
9/ Epilepsie	13	15	92
10/ Démence sénile	24	43	90
11/ Troubles mentaux symptomatiques	4	6	42
12/ Névroses	3	3	202
13/ Déséquilibres	16	19	53
14/ Arriération	56	15	152
15/ Non classables	6	7	26
	248	336	1.270

Au premier abord, nous constatons une diminution importante du nombre des psychoses et parallèlement, une augmentation beaucoup plus considérable du nombre des névroses et états névrotiques hospitalisés pour ces trois années.

Encore conviendrait-il de faire quelques remarques en ce qui concerne la diminution du nombre des psychoses.

Nombre de malades en pourcentage des hospitalisations pour psychoses :

	1946	1956	1966
1/ Psychose maniaco-dépressive	27 %	12,5 %	20 %
2/ Etat confusionnel	2 %	2 %	1 %
3/ Syndrome délirant	2 %	1 %	1 %
4/ Schizophrénie, D.P.	9 %	7 %	3 %
5/ Délire chronique systématisé	4 %	10 %	2 %
6/ Psychose alcoolique	0,4 %	2 %	3 %
8/ Paralysie générale	2 %	1 %	0,1%
9/ Epilepsie	5 %	4 %	7 %
10/ Démence sénile	9 %	12,5 %	7 %
14/ Arriération	22 %	4 %	12 %

Dans le groupe de maladies réunies ici, certaines ont régressé sensiblement, voire complètement disparu, d'autres se sont maintenues approximativement au même pourcentage pendant vingt ans, d'autres enfin ont augmenté.

Il faut tenir compte dans cette appréciation du fait que le nombre d'hospitalisations a augmenté au cours de ces vingt années, ce qui sensibilise les résultats.

Il n'est pas dans notre propos de rechercher systématiquement et pour chacune de ces affections, les causes profondes de leur variation.

Cependant, il est intéressant de constater, à côté de la disparition presque complète de la paralysie générale et des troubles mentaux de la syphilis (au moins dans le département de la Nièvre), une diminution sensible de la schizophrénie, de la démence précoce, des arriérations mentales dont on doit pouvoir rechercher la cause, d'une part dans la découverte des neuroleptiques, d'autre part dans l'extension de l'action sanitaire et sociale permettant un dépistage précoce donc une meilleure chance de stabilisation des maladies mentales. Enfin, il n'est pas sans intérêt de constater que cette régression de certaines psychoses s'observe dans le même temps que la généralisation de l'emploi de médicaments qui, pour n'être pas psychiatriques, comme les antibiotiques, ont transformé le pronostic des méningites, des encéphalites et d'une façon générale, des complications autrefois redoutables sur le plan mental des maladies infectieuses.

Ainsi pourrait-on dire que la médecine générale, armée des antibiotiques et du renforcement des textes légaux rendant les vaccinations obligatoires, réalise une véritable prophylaxie mentale.

Si par ailleurs, on peut constater une augmentation numériquement importante, quoi que faible, en pourcentage du nombre des épilepsies traitées à l'Hôpital Psychiatrique, cela est dû sans doute aux progrès de l'électroencéphalographie et de la meilleure information du public sur la maladie et l'Hôpital. Ce qui, paradoxalement, doit faire porter cette augmentation à l'actif de la médecine.

En ce qui concerne les névroses, nous devons également voir comment se répartissent les malades. Les états statistiques les englobent tous dans la même catégorie, encore convient-il de distinguer le nombre d'états névrotiques et de névroses structurées, à proprement parler, du type phobique, obsessionnel ou hystérique. Les dépressions névrotiques faisant partie des états névrotiques dont elles ne sont, si l'on peut dire, que des accidents de parcours.

Sur un tableau compensatif des hospitalisations pour névrose dans le Service de Cure Libre, nous constatons tout d'abord l'augmentation régulière du nombre de ces hospitalisations de 1954 à 1966, ce qui confirme les résultats obtenus précédemment.

Par ailleurs, nous constatons que le nombre de malades hospitalisées pour névrose différenciée reste à peu près stable au cours de ces douze années.

	Total des hospitalisations pour névroses	Etats névrotiques	Névroses différenciées
1954	41	27	14
1955	43	36	7
1956	50	38	13
1957	50	45	5
1958	67	62	5
1959	71	67	4
1960	67	59	8
1961	71	64	7
1962	71	70	1
1963	56	51	6
1964	86	81	5
1965	96	92	4
1966	97	90	7

ou en pourcentage du nombre d'hospitalisations :

:	:	:	:	:
:	1946	1956	1966	:
:	:	:	:	:
: Psychose alcoo-	:	:	:	:
: lique	: 0,4 %	: 2 %	: 3 %	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
: Alcoolisme chro-	:	:	:	:
: nique	: 2 %	: 3 %	: 16 %	:
:	:	:	:	:

En fait, la distinction entre psychoses alcooliques et alcoolisme chronique peut parfois être délicate si l'on prend pour critère l'irréversibilité de la toxicomanie. Le traitement amènera-t-il la guérison ou retardera-t-il seulement l'évolution, il est difficile d'en préjuger au moment où le malade entre à l'Hôpital.

Il ne nous appartient pas de décider dans quelle proportion la prédisposition à l'alcoolisme et l'alcoolisme lui-même sont de nature névrotique, ou bien déterminé par l'hérédité, ou encore de nature hormonale ou métabolique.

Cependant, il nous a paru intéressant de comparer dans les documents dont nous disposions, la répartition selon le sexe des hospitalisations pour alcoolisme, et des hospitalisations pour névrose .

	1946		1956		1966	
	H.	F.	H.	F.	H.	F.
Psychoses alcooliques	1	0	7	0	35	2
Alcoolisme chronique	5	2	90	8	185	28
Névroses et états névrotiques	0	3	0	3	44	158

Or, nous constatons d'une part qu'il y a sensiblement plus d'alcoolisme que de névrose chez les hommes alors que chez les femmes, la proportion est inversée. D'autre part, la progression des hospitalisations pour alcoolisme et pour névrose a cru parallèlement. Nous ne trouvons ce balancement pour aucune autre des maladies psychiatriques répertoriées dans la statistique.

On serait tenté de penser qu'il s'agit d'une seule maladie ayant deux expressions suivant qu'elle affecte un sexe ou l'autre.

Ou encore peut-on émettre l'hypothèse que l'alcoolisme se développant sur un terrain névrotique masque en quelque sorte l'éclosion d'une névrose.

Quoi qu'il en soit, l'alcoolique trouve dans l'atmosphère de l'Hôpital le climat de protection pater-

nelle qu'il recherche sans doute à son insu et qui satisfait en fait l'infantilisme affectif du névrosé.

L'éthylisme étant essentiellement masculin, nous retrouvons le plus souvent dans l'histoire des malades hospitalisés un scénario identique.

Le jeune homme quitte sa famille pour le service militaire, pour la première fois il se sent seul pour faire face à la concurrence imposée par la vie sociale : il découvre le remède à son anxiété, il boit.

On doit bien sûr considérer les raisons que le malade met lui-même en avant pour expliquer son intoxication, en particulier "l'entraînement", le "mauvais exemple des copains" d'abord au régiment, ensuite à l'usine ou à la ferme, "les coups durs" plus tard dans l'existence.

Cependant, le fait de rechercher dans la boisson la force nécessaire pour faire face n'est-il pas l'aveu même de sa faiblesse ? Or, qui est plus faible qu'un enfant ? Mais un enfant n'est pas seul, il a toujours autour de lui une structure sociale protectrice, dont le type le plus répandu est la famille. C'est quand cette structure vient à manquer que survient l'intoxication qui semble intervenir comme une compensation.

Ainsi, qu'il s'agisse d'éthylisme "spontané" ou "d'entraînement", dans les deux cas nous trouvons ce sentiment obscur de faiblesse qui fera que l'homme deviendra alcoolique, alors que dans un contexte social et culturel dif-

férent la femme fait plutôt une régression infantile qui se traduit par la décompensation névrotique.

Il est pratiquement impossible de connaître le pourcentage de buveurs guéris, parce qu'on ne connaît pas le nombre véritable d'alcooliques, et parmi ceux-ci certains seulement vont à l'Hôpital.

Cependant, si l'on étudie les facteurs qui ont accompagné ou amené la guérison, on constate très souvent une meilleure insertion sociale, celle-ci pouvant être considérée à la fois comme cause et comme conséquence de la guérison. Insertion sociale qu'il faudrait prendre dans le sens le plus large du terme, à savoir à la fois familiale et professionnelle.

En effet, dans le traitement d'un éthylique, on sait le rôle important de tout ce qui valorise l'individu à ses propres yeux, en particulier sa propre réussite.

On pourrait penser se trouver là, devant un véritable cercle vicieux. En effet, comment concilier la réussite sociale, l'estime de soi-même avec l'anxiété, le découragement et en fin de compte l'abandon. Mais on sait l'importance que revêt dans la cure la maturation affective qu'implique l'obtention d'un grade, d'un titre ou d'un quelconque avantage moral ou matériel justement acquis. C'est là, sans doute, le grand mérite de Centres tel celui de la Membrole près de Tours, où il s'agit surtout de réhabiliter l'individu à ses propres yeux, ou encore des divers centres de formation professionnelle pour adultes

où le sujet, renonçant à démissionner, entrevoit la possibilité de participer de façon honorable à la vie sociale.

Sur un autre plan, les divers épisodes de la vie familiale du sujet doivent être considérés. C'est ainsi que l'anxiété née du sentiment de solitude face à la vie au moment de la séparation d'avec les parents peut disparaître à l'occasion d'un mariage heureux où l'épouse nécessairement sécurisante, saura se montrer suffisamment valorisante.

Enfin, parmi les facteurs favorables à la guérison de l'éthylique, le rôle du médecin de famille, n'est pas des moindres. C'est à lui, en effet, que de nombreux éthyliques conscients de leurs difficultés et appréhendant l'hospitalisation, viennent s'ouvrir de leurs problèmes comme autrefois ils faisaient ou auraient voulu pouvoir faire avec leur père. Bien sûr, ce rôle de père est souvent bien difficile et bien décevant, mais c'est sans doute là la noblesse du généraliste qui, plus que tout autre, sait comprendre et orienter heureusement la vie affective de son protégé.

Il est un fait qui mérite d'être signalé, c'est la fréquence du nombre des buveurs guéris qui font, par la suite, une décompensation névrotique, généralement sous forme de dépression. On voit souvent revenir à l'Hôpital, déprimés et anxieux, des sujets désormais sobres mais qui ont subi avec succès une ou plusieurs cures de désintoxication. Le terme "subi" ne semble pas trop fort. En effet,

il s'agit d'individus faibles, suggestibles, auxquels la Société a imposé le renoncement à l'alcool mais qui n'ont pas trouvé en échange suffisamment de raisons d'avoir confiance en eux-mêmes et en les autres.

Peut-être, pour beaucoup d'entre eux était-il trop tard et l'on comprend que le déconditionnement à l'alcool puisse provoquer la dépression chez un sujet qui se voit arrivé à l'âge de la retraite sans avoir jamais été adulte et en regrettant encore son enfance.

Pareillement, la rechute du buveur guéri, du sujet qui a su se montrer abstinant pendant quelques années, peut-elle être considérée comme le témoin de cette décompensation névrotique. Ici l'individu, guéri, ne subissant plus l'accoutumance à l'alcool, le besoin pathologique de boire, retrouve la drogue qu'il sait efficace contre son anxiété lorsque les circonstances se trouvent être les mêmes que lorsque, jadis, il avait commencé de s'intoxiquer.

C'est dans la perspective de la névrose ou plutôt de la constitution névrotique de l'éthylique que nous nous posons la question de savoir si l'alcoolique doit être hospitalisé ou non; si oui, dans quelles mesures ? Si non, que faire pour lui ?

Il est bien certain que la décision dépend avant tout du degré d'intoxication et de l'état de dégradation physique ou mentale du sujet, les deux choses étant d'ailleurs généralement liées.

L'alcoolique, dangereux pour les autres et pour lui-même, doit être hospitalisé, l'Hôpital Psychiatrique, héritier de l'asile, jouant ici son rôle séculaire de protecteur de la Société.

C'est sans doute aussi pourquoi la nomenclature fait état de deux catégories diagnostiques, les psychoses alcooliques et l'alcoolisme chronique.

C'est ce dernier seul qui nous intéresse ici. Nous avons précédemment cité les centres de formation professionnelle pour adultes et le rôle que peut jouer dans une désintoxication bien menée une réadaptation sociale bien conduite; il nous semble en effet que bien plus qu'une désaccoutumance au toxique, il convient de donner à l'éthylique une raison de vivre telle que l'alcool n'y puisse jouer aucun rôle.

Il est certain que la tâche est ardue, l'alcool étant certainement un des meilleurs anxiolytiques connus. Cependant, la tâche de la Société, par l'intermédiaire du médecin et de son entourage social doit être de créer à l'individu un climat de vie où l'anxiété n'ait plus sa place. Il nous semble que pour cela, deux conditions doivent se trouver réalisées. D'une part, des conditions sociales qui doivent faire que le sujet occupe dans la Société la place qu'il sent pouvoir y occuper sans que sa dignité d'homme en soit affectée, d'autre part des conditions morales telles que l'individu soit en paix avec lui-même et trouve à son existence des raisons d'être, sinon valorisantes, du moins positives.

Dans un cas comme dans l'autre, le rôle du médecin nous semble devoir être déterminant. D'une part, d'un point de vue purement social pour aider l'individu à comprendre quel rôle exact il peut jouer dans la Société, car à côté de l'inégalité sociale, inhérente à tout système politique, il existe une inégalité biologique dont la plupart des hommes n'ont pas conscience, mais qui leur assigne une place au sein de la collectivité, place qu'ils doivent occuper s'ils ne veulent pas se voir exclus de cette Société sans laquelle ils ne peuvent vivre.

Or, si la femme est très tôt préparée à son rôle de mère qu'elle sait souvent envisager comme un aboutissement, partie en raison de son éducation, partie pour des causes biologiques, quel petit garçon, plus tard devenu homme, n'a pas rêvé de devenir conquérant fameux, artiste ou écrivain génial; et cependant, la réalité est toute autre.

Or, compte tenu de cette inégalité biologique à laquelle nous faisons allusion, qui, mieux que le médecin, protecteur de la famille, a sa confiance, peut mieux faire admettre à l'adolescent, ensuite au jeune homme que les mirages de l'enfance peuvent se sublimer en des fonctions qui, pour être plus obscures n'en sont pas moins nobles ?

C'est donc d'abord sur le plan prophylactique que doit s'aborder le problème de l'alcoolisme. Que d'ambitions déçues et de vies gâchées faute d'en savoir le sens dans les murs d'un service d'éthyliques !

Mais une fois le mal fait, l'intoxication acquise, la Société mise devant le "fait accompli" peut encore réparer le mal, empêcher de l'officialiser en quelque sorte aux yeux

mêmes du malade. Car cet homme, auquel on n'a pas su ou osé laisser prendre ses dimensions exactes par rapport aux autres est réellement un malade. Or, aucune des mesures restrictives, voire coercitives que propose l'Hôpital Psychiatrique traditionnel ne peut lui faire envisager la vie de façon que sa dignité s'en trouve flattée.

Il est certain que la cure de déconditionnement par l'Apomorphine, suivie d'une prise régulière d'Espéral donne des résultats favorables, dans un faible pourcentage il est vrai; mais ces cas favorables sont-ils dûs à la thérapeutique pharmacologique elle-même ou à la préparation psychologique du sujet qui arrive au point de désirer sa cure, quand celle-ci n'est plus, en définitive nécessaire ?

En définitive, ce qui importe dans la cure de déconditionnement, c'est la façon dont elle est vécue par le malade. Désirée comme une libération qui va ouvrir de nouveaux horizons déjà entrevus ou au contraire imposée par une pression sociale, coercitive et frustrante. C'est certainement dans cette seconde alternative que vont se constituer ces dépressions névrotiques que l'on voit si souvent quelques temps après une désintoxication considérée comme un succès sur le plan éthylique.

Car le problème n'est pas tant celui de l'éthylisme que celui de la névrose.

Il est curieux de constater que l'on calcule habituellement ce que l'alcoolique coûte chaque année à

l'Etat et que l'on omet de compter ce que lui coûte la névrose, c'est sans doute là le paradoxe d'une époque qui se veut intelligente et a trop le souci de la géométrie et le respect des chiffres.

CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES LE NEVROSE EST
ADMIS A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE ET CE QUE
L'HOSPITALISATION REPRESENTE POUR LUI

Bien que, comme l'a dit FOREL : "la névrose résulte d'un conflit permanent", le premier souci du médecin doit être d'en déterminer l'origine. Tâche difficile s'il en faut puisque les causes de la névrose sont innombrables dans leur interaction.

Cependant, s'il est presque insurmontable de déterminer la cause première qui a engendré le tempérament névrotique ou trouvé en lui un terrain favorable à son épanouissement, on se doit de déterminer dans une perspective thérapeutique l'origine des facteurs déclenchants de cet état.

Situation familiale ou sociale conflictuelle, ou traumatisme affectif de l'enfance, les manifestations cliniques peuvent être les mêmes, mais les décisions thérapeutiques, comme les origines, sont différentes.

Pour régler certains problèmes immédiats, il est parfois nécessaire d'opérer une coupure avec le milieu.

C'est le cas notamment au cours des dépressions névrotiques. Tout d'abord, si un doute persiste quant au diagnostic exact, on sait en effet la difficulté qu'il peut y avoir à distinguer une dépression névrotique d'une dépression mélancolique mineure, et les graves conséquences que peut avoir la méconnaissance d'une mélancolie. C'est aussi, souvent pour éliminer la possibilité d'une affection organique dont les symptômes vagues et malorganisés ont d'abord fait penser à un état névrotique.

C'est enfin dans la plupart des cas, quand on est sûr d'avoir à faire à un état névrotique pour permettre au malade incapable de s'adapter à une situation traumatisante, familiale ou professionnelle, de prendre en quelque sorte assez de distance avec son milieu; cette hospitalisation pouvant être assimilée au repos qu'un organisme surmené doit s'accorder avant de reprendre l'effort.

Mais, de même qu'un sportif ne peut pas prolonger trop longtemps son repos sans risque de perdre sa "forme", de même pour l'état névrotique une coupure prolongée avec le monde extérieur, loin d'être bénéfique, risque d'accroître encore la distance qui le sépare des autres.

Les motifs qui justifient l'hospitalisation d'un état névrotique sont donc nombreux : mais c'est le plus souvent à la suite d'un long périple qui lui a fait fréquenter les consultations de spécialités les plus diverses, aussi nombreuses que les troubles cénesthésiques qui font l'état névrotique.

Tous les traitements habituels ayant échoué, le médecin parvient à convaincre son patient de la possibilité de guérison par la psychiatrie.

Aussi, beaucoup voient-ils dans l'Hôpital Psychiatrique leur dernier recours, et on les voit arriver avec un dossier complet d'examens de laboratoires et de radiographies, avec un passé médical chargé et une défiance importante à l'égard des médecins et des traitements. Défiance à l'égard des médecins parce que ces derniers n'ont pas su les soigner, dépit devrait-on plutôt dire, né du sentiment d'avoir été rejeté. Car dans l'univers passionnel où vit le névrosé, c'est à l'intérêt qu'on lui porte que ce dernier mesure l'efficacité du traitement.

Tous les troubles qu'il allègue et dont il souffre d'ailleurs réellement ne sont-ils pas le reflet de son anxiété et ne sont-ils pas le moyen le plus sûr pour réclamer et obtenir soutien, encouragements, voir affection.

Ce n'est pas le fait seulement d'un contact d'échec de la médecine qui entraîne un encombrement de plus en plus important des Hôpitaux Psychiatriques par les états névrotiques. C'est aussi souvent sur les conseils d'un

parent, d'un ami, d'une assistante sociale que le névrosé, client assidu des consultations d'Hygiène Mentale se fait hospitaliser.

En effet, à côté de ces malades où les troubles cénesthésiques dominant, existe également une catégorie de personnes qui ne sont pas habituellement considérées comme malades chez elles, c'est le tempérament névrotique qui l'emporte. Tempérament névrotique dominé par l'altération des rapports à autrui. C'est là peut-être que l'état névrotique apparaît le mieux comme maladie sociale.

Vivant dans l'ombre des bureaux d'Aide Sociale des mairies, sollicitant sans cesse les assistantes sociales, toujours empêtrés dans des situations où les facteurs économiques, affectifs et moraux sont étroitement imbriqués, ces sujets, par leur soif intarissable de sympathie, de secours, finissent par décourager les mieux disposés. Les échecs répétés de la bonne volonté la plus agissante finissent par attirer l'attention et par amener en définitive l'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Enfin, il faut souligner le rôle des institutions, notamment de la Sécurité Sociale qui, par le moyen des expertises et en faisant peser sur le malade la menace de lui supprimer ou de ne pas lui accorder certains avantages sociaux (pensions d'invalidité, indemnités journalières ...) arrive à imposer véritablement dans certains cas, l'hospitalisation.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les cas de première hospitalisation. Mais nombreux sont les cas où le malade, connaissant déjà l'hôpital pour y avoir effectué un ou

plusieurs séjours, y revient.

Il y revient souvent spontanément, n'étant plus arrêté par la crainte de l'inconnu et les vieux préjugés qui sont l'héritage de l'ancien Asile. Il y revient aussi malheureusement quelquefois poussé par l'entourage qui a le souvenir d'un heureux résultat apporté par une précédente hospitalisation et qui n'a pas su ou pu assumer la responsabilité thérapeutique qui lui incombe.

Il y revient enfin volontiers, car c'est là seulement qu'il est sûr de trouver la sollicitude et le soutien moral dont il a besoin parce que là seulement on ne peut pas le lui refuser.

Si l'Hôpital Psychiatrique a perdu ou est entrain de perdre le caractère d'épouvantail qu'il avait hérité du vieil asile, cela tient essentiellement à deux ordres de causes : d'une part des raisons matérielles, d'autre part des facteurs psychologiques, les deux choses étant d'ailleurs liées, ou plutôt les secondes découlant des premières.

Au point de vue matériel, l'Hôpital Psychiatrique se transforme et tend à rassembler de plus en plus à un hôpital général. Un peu partout, quand cela est matériellement réalisable, on enlève les grilles, on abat les murs, on ouvre les portes, les cellules n'existent pratiquement plus et les neuroleptiques ont transformé la vie des malades. Et, si on les a accusés de remplacer bien souvent les anciens moyens de contention par une camisole chimique, ils n'en donnent pas moins à la maladie mentale un aspect plus rassu-

rant pour le public et au malade mental doit de cité hors de l'hôpital.

La vie quotidienne à l'intérieur de l'hôpital est transformée de ce fait. Le névrosé qui y entre n'a plus à craindre de se trouver mêlé à des malades agités ou dangereux.

En même temps que des progrès de la chimiothérapie l'Hôpital Psychiatrique bénéficie de l'augmentation générale du niveau de vie. Quand cela est possible, du fait d'un personnel plus nombreux et de risques moins grands, on supprime les grands dortoirs au profit de boxes ou de chambres individuelles.

La cure libre enfin a modifié totalement la psychologie du malade qui sait qu'il peut quitter l'hôpital quand il le désire.

Enfin, la maladie mentale n'est plus considérée comme incurable; on entre donc à l'hôpital psychiatrique pour y être soigné, on ne va plus à l'Asile pour y finir son existence.

L'Hôpital Psychiatrique de par sa fonction qui est de traiter des aliénés, dont la responsabilité n'est pas reconnue par la Société prend en charge les malades sur le plan physique bien sûr, mais aussi sur le plan social.

Or, c'est bien cette prise en charge sociale qui lui enlève toute responsabilité et lui rend un statut d'enfant que le névrosé recherche.

En définitive, l'hospitalisation apparaît dans bien des cas pour le malade, la solution de ses problèmes, d'autant plus qu'aux yeux des tiers et à ses propres yeux il n'a plus l'impression de déchoir.

On ne peut que se réjouir de cette promotion qui fait que le séjour à l'Hôpital Psychiatrique devient avouable, la grande majorité de malades atteints de psychoses ne pouvant que bénéficier d'un tel état d'esprit dans le public, mais les états névrotiques qui, par ce biais, aspirent à l'hospitalisation sont-ils favorisés ?

Il est bien certain que lorsque socialement aucune autre solution acceptable n'est envisageable et que l'on doit recourir à l'hospitalisation, il est heureux qu'il en soit ainsi.

Cependant, dans nombre de cas cette hospitalisation fait partie de ce que Pierre LÔO nomme les "bénéfices secondaires" de la névrose.

Le standing du malade hospitalisé est bien souvent supérieur à celui qu'il connaissait avant.

Une femme âgée ou seule, obligée de travailler en atelier ou en bureau, pour vivre dans des conditions souvent précaires, trouve à l'Hôpital une vie beaucoup plus agréable, le séjour y rappelant beaucoup celui d'une pension de famille où l'on n'a à se préoccuper d'aucun détail matériel et où la journée peut être consacrée à la lecture, la tapisserie ou la promenade avec d'autres pensionnaires avec lesquelles on a des affinités.

Pareillement, dans un service d'Hommes, un éthylique va retrouver l'ambiance du régiment, mais sans les contraintes auxquelles il était soumis.

Comme à ces avantages s'ajoute le confort moral d'une prise en charge des intérêts du malade, tant sur le plan physique que sur le plan social, le séjour ne peut être que recherché par le névrosé; mais est-ce là toujours la meilleure façon de résoudre ses problèmes ?

En le mettant à l'abri, on va bien sûr pour un temps atténuer les symptômes d'un état névrotique, mais l'aura-t-on vraiment aidé ? Et dans tous les cas n'aura-t-on pas préparé une rechute ?

En définitive, il est permis de se demander si la Société en développant un système de prise en charge totale ne favorise pas dans une certaine mesure les états névrotiques.

En effet, ces états névrotiques dont on a pu dire que c'était la maladie du siècle semblent se développer en même temps que se développe la notion que l'individu en tant que tel a de moins en moins de rôle à jouer dans une Société qui, au contraire, doit subvenir à ses besoins.

C'est sans doute là une notion erronée et une vue simpliste des choses, mais qui satisfait profondément ceux dont les rapports à autrui sont perturbés, leur permettant de se justifier vis à vis d'eux-mêmes.

Or, il est certain que nous sommes des animaux

sociaux puisqu'aucune mère quelque affection qu'elle porte à son enfant n'hésite pas à le mettre à l'école, sachant bien en effet que seule l'éducation, c'est-à-dire la formation par la Société, sous quelque forme que ce soit peut faire de lui vraiment un homme. C'est donc à l'éducation de donner à l'enfant un sens de ses responsabilités et de le préparer à la vie sociale, ce qui fera en fin de compte la meilleure prophylaxie des états névrotiques.

C'est donc bien à la Société de s'occuper de ces malades, mais il vaudrait mieux le faire d'une façon préventive par une éducation bien conduite.

Cette prise en charge se fait pratiquement par l'intermédiaire de la Sécurité Sociale et de l'équipe soignante de l'Hôpital.

La Sécurité Sociale décharge le malade des soucis matériels puisque c'est elle qui paie le séjour à l'Hôpital et lui verse son salaire.

Or, il est intéressant de constater que l'état névrotique se rencontre beaucoup moins chez les commerçants qui ne sont pas affiliés à la Sécurité Sociale, ou dont les mutuelles ne paient pas le séjour à l'Hôpital Psychiatrique. Sont-ils moins frappés par la maladie, c'est peu probable.

Il est plutôt permis de supposer qu'ils ne se font pas hospitaliser, l'hospitalisation dans ce cas précis aggravant leurs problèmes, les grevant d'une charge financière.

Mais dans ce cas, leur état s'aggrave-t-il ?

Et ce qui était au départ simple état névrotique se structure-t-il en névrose phobique, obsessionnelle ou hystérique ? Il ne semble pas.

Par contre, les fonctionnaires sont le plus souvent atteints, sans doute l'hospitalisation et les congés de longue maladie qui lui succèdent entrecoupés de séjours en maison de repos peuvent-ils être considérés comme facteurs favorisants.

La Sécurité Sociale assume, nous l'avons vu, la charge financière de l'hospitalisation.

L'équipe soignante assume, elle, la charge morale. Par sa présence continuelle et l'attention qu'elle porte à chacun, elle contribue également à sécuriser le malade. On en voit les heureux effets par l'amélioration rapide qu'apporte souvent l'hospitalisation. Il est également très fréquent d'assister à une rechute dès que l'on parle de sortie au malade.

L'hospitalisation semble donc masquer dans bien des cas les symptômes de l'état névrotique, mais il semble qu'il ne s'agisse que d'une amélioration transitoire.

Les conséquences de cette hospitalisation, telle qu'elle est pratiquée actuellement dans la plupart des cas nous paraissent aggraver en fait les états névrotiques, ou sinon les aggraver du moins les fixer.

La première de ces conséquences semble bien être la démission du malade qui s'en remet aux autres des soins de régler ses problèmes. Il en résulte une régression infan-

tile accentuée chez un sujet qui, déjà, régressait.

C'est ensuite la contemplation narcissique. Ce névrosé qui, déjà, ne concevait le monde qu'à travers lui-même et les sentiments qui l'agitaient, se trouve plongé dans un milieu où il est lui-même le centre d'intérêt d'une équipe soignante.

Cette contemplation narcissique était aggravée dans bien des cas par l'inactivité au moins partielle qu'engendre l'hospitalisation, ce que l'on appelait autrefois les arts d'agrément occupant le plus clair du temps de nos malades.

L'on peut ajouter à ces divers inconvénients la promotion sociale que confère dans bien des cas l'hospitalisation et qui, à elle seule, est facteur d'hospitalisme.

PERSPECTIVES D'AVENIR

DANS LE TRAITEMENT DES ETATS NEVROTQUES

Quand l'hospitalisation en milieu psychiatrique a été rendue nécessaire, on devra s'attacher non pas tant à lutter contre les manifestations voyantes de l'état névrotique, mais plutôt s'intéresser à la personnalité même du malade.

Bien souvent, le malade lui-même, apaisé par un séjour plus ou moins long, se contente de la disparition ou de l'atténuation des symptômes. Un malade qui aura été transitoirement sécurisé et qui aura vu ses problèmes du moment résolus, quitte l'hôpital pour de nouveau rencontrer à l'extérieur les mêmes difficultés et commettre les mêmes erreurs qui l'y avaient amené.

Il est bien certain que la première tâche de l'équipe soignante doit être de rassurer le malade et de lutter contre les symptômes les plus bruyants de sa maladie. Cependant, dans un deuxième temps, et très rapidement, on

devra entreprendre une véritable rééducation.

Cette rééducation ne tentera pas tellement à modifier une constitution névrotique souvent définitivement fixée, mais aura pour but de permettre au malade une meilleure insertion sociale.

Comme toute rééducation, celle-ci ne devra pas être passive et il faudra lutter contre l'attitude quérulante des malades qui demandent "qu'on leur fasse quelque chose" comme si un traitement physique un peu spectaculaire était une justification à ses propres yeux de sa présence à l'hôpital.

C'est ainsi que l'on voit des malades qui réclament des examens qui, comme l'électroencéphalogramme, s'entourent d'un appareillage mystérieux et qu'ils supposent actifs.

Cette rééducation devra, au contraire, exiger la participation active du malade, celle-ci très difficile à obtenir chez ces sujets asthéniques et souffrant de maux variés pouvant presque être considérée comme test de réadaptation.

Alors le climat de l'Hôpital ne sera plus hyperprotecteur comme on le voit fréquemment, mais au contraire deviendra une réduction du monde extérieur avec ses problèmes ses difficultés et dans lequel le malade avancera d'abord hésitant, puis prenant de plus en plus confiance en lui-même.

Au cours des états névrotiques, les problèmes et les troubles sexuels existent toujours, au moins à l'état

latent, et le névrosé recherche volontiers la Société mono-sexuée de l'hôpital où ces problèmes ne se posent pas, mais qui n'est qu'artificielle. Quand il quittera cette Société, ses problèmes risquent de s'en trouver aggravés.

Pour cela, il faut supprimer la barrière entre les sexes, que l'Hôpital ne voit plus coexister à côté d'une société d'hommes, une société exclusivement féminine.

Il faut également donner des responsabilités effectives aux malades, responsabilités qui empêcheront la démission à l'entrée de l'Hôpital et faciliteront à la sortie l'affrontement avec la réalité.

Il est bien certain que dans cette perspective, c'est la structure même des hôpitaux psychiatriques tels qu'ils existent presque partout en France qui devrait être reconsidérée.

L'hôpital de jour semble convenir assez bien au traitement des états névrotiques.

En effet, là, pas de lit, l'obligation de se retremper chaque jour dans la société hors de l'hôpital, la tendance à la régression infantile, la quête du maternage, sera moins sensible.

Là, dans ce milieu social particulier, qu'il rejoint chaque matin, le malade ne rencontre pas d'autres malades, des infirmiers ou des médecins, mais des membres d'une Société dont il fait partie de droit, et qui, construite à l'image de la société extérieure, lui apprendra à y assumer son rôle.

Il apprendra à assumer son rôle d'abord, peut-être, parce qu'il saura qu'il a un rôle à jouer, qu'on attend quelque chose de lui qui est d'aider ses compagnons, d'abord dans la tâche matérielle de l'atelier d'ergothérapie, mais surtout dans celle plus difficile de trouver une solution de leurs problèmes affectifs.

Donc, l'appartenance à un groupe social nouveau, en même temps qu'elle combat la tendance à la contemplation narcissique et à l'inactivité sera une contribution importante pour le traitement de la névrose en la resocialisant.

L'hospitalisation totale, qui est le système presque partout répandu, se trouve être un système très enveloppant et risque par là de gêner l'émancipation de certains malades, en particulier des névroses précisément parce qu'ils redoutent cette émancipation.

D'une part, les malades atteints de psychose peuvent souffrir d'un système relationnel paternaliste au monde des soignants, d'autre part le névrosé recherche cette dépendance infantile. Or, il est de l'intérêt des uns et des autres de transformer ce système relationnel.

On peut donc se demander si l'hospitalisation telle qu'elle est conçue actuellement n'est pas contre-indiquée dans les états névrotiques où la resocialisation est le but même du traitement.

C'est donc la perspective d'une politique de psychiatrie sociale que l'Association de l'Elan Retrouvé avait, dès les années 50, fait de l'Hôpital de jour un de ses objectifs essentiels.

Cependant, il s'agissait, dans l'esprit des promoteurs de resocialiser des catégories très variées de malades mentaux, atteints indifféremment de psychose ou de névrose.

C'est ainsi que dès octobre 1961, sous la direction du Professeur SIVADON, se créèrent deux premiers Hôpitaux de jour à Paris : un Centre Sociothérapique rue Lauriston, un atelier de réadaptation, rue David d'Anger.

Un troisième hôpital de jour a été créé en 1964 à l'Institut Marcel Rivière et beaucoup de projets sont en cours d'élaboration dans ce domaine.

A l'étranger, dans certains pays comme l'U.R.S.S. le Canada, et les Etats-Unis, ce type d'établissement a pris un très grand développement et plus près de nous, en Angleterre, on dénombre environ 250 hôpitaux de jour.

A la tutelle de l'Hôpital Psychiatrique traditionnel, nous pensons qu'il faut substituer un système différent de liens du malade avec l'équipe soignante, de façon à l'obliger à ne pas abdiquer sa personnalité et à pouvoir l'aider sur un plan plus égalitaire qui donnera une réelle valeur à l'étude de son comportement.

La resocialisation ne peut pas en effet être correctement appréciée à l'Hôpital où l'on juge le plus souvent de l'état du malade par la persistance ou la disparition des troubles cénesthésiques.

A la sortie de l'Hôpital, le névrosé éprouve souvent un sentiment de rejet, sans doute plus ou moins atténué par la fréquentation mensuelle ou trimestrielle du Dispensaire

d'Hygiène Mentale, il se trouve brutalement passé d'un milieu hyperprotecteur à l'indépendance absolue.

Il faut au contraire que son émancipation soit progressive et que la régularité de cette progression soit suivie par l'équipe médicale. Cette surveillance médicale étant indispensable pour le sécuriser et permettre ainsi une meilleure réadaptation.

S'il n'est pas facilement envisageable de sectionner le cordon ombilical qui rattache le névrosé à l'hôpital, du moins est-il permis de le concevoir assez lâche pour, tout en étant rassurant, permettre une vie sociale normale.

A côté des nombreux malades dont l'état nécessite l'hospitalisation, il existe un nombre peut-être encore plus grand de sujets qui réclament et en ont effectivement besoin une assistance psychiatrique. Cette assistance psychiatrique, on doit la leur apporter sous une forme différente de l'hospitalisation, car dans les cas de névrose non structurée mais fixée depuis l'enfance, l'hospitalisation trop sécurisante, entraînerait une régression accrue. D'autre part, le sujet qui aspire au fond de lui-même à être pris en charge par les autres, chercherait à prolonger d'abord, à répéter ensuite cette situation privilégiée et l'on aboutirait à un parasitisme hospitalier de plus en plus important.

Mais ces sujets que l'on ne peut hospitaliser et à qui cependant on doit porter secours, que peuvent-ils espérer actuellement ? La patience compatissante et dévalorisante, par là même, d'un médecin de famille surchargé, ou les visites

épisodiques d'un psychiatre dans un trop rare dispensaire d'Hygiène Mentale où l'Administration toujours soucieuse de rendement cherche à imposer un nombre sans cesse croissant de malades pour un temps évidemment limité.

Là aussi, l'hospitalisation partielle sous la forme notamment de l'hôpital de jour devrait rendre de grands services en apportant au malade le soutien moral qui lui est dû, mais en exigeant de lui une participation active à son traitement, en quelque sorte une contre partie physique et morale, en échange des soins qu'on lui donne.

Le problème de la contre partie que le malade doit verser en échange de l'aide qu'il reçoit est très discuté. L'attitude névrotique en face de ce problème impose la réponse, pas de contre partie, les soins sont dus par la Société. Cependant, si l'on examine de plus près la question on voit que c'est le propre de l'enfant de recevoir sans donner.

C'est d'ailleurs un fait si universel que dans les pays sous-développés, les dons en nature des Nations riches restent, dit-on, souvent inemployés et que les psychanalystes exigent, dit-on également, une large contribution financière à l'analyse.

Pour en revenir au problème de l'attitude du névrosé devant l'Hôpital et de l'importance de la contribution qu'il doit apporter au traitement, nous citerons le cas d'une de nos malades, typiquement névrotique, qui avait fait de nombreux séjours à l'Hôpital et qui, lors de sa dernière

sortie, s'est vue refuser un papier attestant qu'elle devait rentrer chez elle en taxi, son domicile étant situé à cent kilomètres environ. Cette personne a donc dû prendre le train à ses frais, effectuer un changement et faire un voyage de près d'une demi-journée. Nous la suivons régulièrement au dispensaire.

Les troubles qu'elle allègue ne justifient plus de son propre aveu, l'hospitalisation, d'autant que, dit-elle, le voyage est trop pénible.

Tout se passe donc comme si ce voyage était la contre partie de son hospitalisation, comme s'il lui avait fait prendre conscience de ce qu'elle était capable de faire seule et de ce que la Société exigeait d'elle pour accepter sa démission.

Le progrès social implique de plus en plus l'égalité de tous devant les charges financières de la maladie mais paradoxalement, n'entraîne-t-il pas, par là même, l'inégalité devant la maladie. Certains sujets réagissent moins bien devant leurs tendances névrotiques, s'ils les savent non seulement sans conséquence sociale, mais encore pouvant entraîner la sollicitude des autres.

C O N C L U S I O N

L'augmentation constante du nombre de malades hospitalisés en Psychiatrie est un fait général en France depuis la dernière guerre; nous l'observons également dans la Nièvre.

L'étude statistique de ces hospitalisations par catégories de malades nous fait constater, dans notre département, que cette augmentation porte essentiellement sur les névroses, en particulier sur les états névrotiques.

De cette augmentation du nombre de cas névrotiques hospitalisés, nous ne pouvons conclure à une augmentation de la morbidité psychiatrique en général, car ce n'est pas parce qu'il y a plus de malades traités qu'il y a plus de malades.

En particulier en ce qui concerne les états névrotiques qui se trouvent à la limite du normal et du pathologique.

Pourquoi cette recrudescence d'hospitalisations en psychiatrie ?

Le problème nous semble celui de notre civilisation où les idées ne diffusent que lentement. Héritiers de la notion romantique que la maladie mentale est souvent

la marque du génie dans une humanité toute entière en folie, les hommes du XX^e siècle se font souvent, volontiers, une idée valorisante du recours à la Psychiatrie. Ce recours étant d'autant plus aisé que depuis un demi-siècle des notions sommaires et plus ou moins bien comprises de Psychanalyse font assimiler à des réactions pathologiques ce qui n'est souvent qu'un comportement normal.

Enfin, il ne faut pas méconnaître le rôle des lois sociales qui mettent en quelque sorte à la portée de tous la névrose qui était autrefois l'apanage des classes aisées.

Les progrès sociaux nous ont fait prendre conscience de la nécessité de traiter toute une catégorie de malades qui, jusqu'à présent, n'était guère soignée de manière cohérente, chaque médecin, selon ses convictions propres ou sa formation, envisageant les états névrotiques sous l'angle somatique ou psychiatrique.

Actuellement, une meilleure connaissance de la maladie les dirige le plus souvent vers l'Hôpital Psychiatrique. Or, il nous semble que ce dernier ne soit pas dans tous les cas adapté au traitement des états névrotiques.

Il s'est développé pour faire face à une augmentation globale du nombre de malades plutôt qu'au développement de cette catégorie de malades en particulier.

Il semble donc qu'il y ait un décalage

entre les besoins thérapeutiques de la population et les structures hospitalières actuelles, indépendamment d'un point de vue quantitatif.

En effet, s'il est souvent nécessaire d'isoler un névrosé du monde extérieur en l'hospitalisant, il est également indispensable de le préparer au retour dans ce monde traumatisant d'où il vient.

C'est pourquoi nous pensons qu'il serait souhaitable de développer des formules d'assistance qui, permettant de soutenir le malade dans les périodes difficiles de son existence, favoriseraient en même temps l'éducation de ses possibilités normales de défense. Il nous semble que l'on pourrait en particulier multiplier les hospitalisations partielles où le malade continue à participer à la vie extérieure tout en conservant un lien plus ou moins lâche, mais toujours sécurisant avec une équipe soignante.

Au cours des névroses structurées, le névrosé fixe son anxiété sous forme de phobie, d'obsession, de manifestations hystériques. Dans les états névrotiques, cette anxiété reste diffuse. L'hospitalisation complète risque de structurer cette anxiété en établissant une relation de dépendance du malade à l'Hôpital, cette dépendance à l'Hôpital risquant de devenir symptôme car l'hospitalisme ne serait plus seulement un refuge mais un moyen pathologique d'établir un système de relation satisfaisant avec les autres.

Vu le Président de Thèse
Professeur J. DELAY

Vu le Doyen de la Faculté de
Médecine de Paris
G. BROUET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- 1.- ABELY Paul.- L'anxiété. Masson, Paris, 1947.-
- 2.- ABELY Xavier - Diminution des psychoses affectives pendant la guerre. 1946.-
- 3.- ALEXANDER F. - La Médecine psychosomatique. Ses principes et ses applications. Payot, Paris 1952.-
- 4.- BALIER C. - Les états névrotiques chez les personnes âgées - Gazette Médicale de France, 75-34, 1968.-
- 5.- BASQUIN M. - Anxiété et névrose d'angoisse - Concours médical, 4.IX.1965.-
- 6.- BENON.- La neurasthénie vraie, diagnostic et traitement. Vigne, Paris, 1934.-
- 7.- BERG J.H. van den.- The etiology of névroses : névroses or socioses. Schweiz Arch. Neurol. Psychiat. 1962.-
- 8.- BLANC M. et Coll.- Syndrome de Turner et troubles neuro-psychiatriques. A.M.P. Oct. 1966.-
- 9.- BRUN - Traité général des névroses - Payot, Paris 1956.-
- 10.- CARDONA - Encéphalites légères et névroses. Rassegno di studi psichiatrici, vol. 43, fasc.6 C.R. in Annales médico-psychologiques, mars 1956, page 481.-
- 11.-CERTHOUX J. - De la neurasthénie aux névroses. Le traitement des névroses dans le passé. Annales Médico-psychologiques, mai 1961.-
- 12.- CHRISTOZOV - Sur quelques aspects du problème des névroses à la lumière de l'analyse comparée. Ann. Médico-psychologiques, juillet 1966.-

- 13.- CLAUDE et LEVY-VALENSI - Les états anxieux -
Maloine, Paris 1938.-
- 14.- COIRAULT E - Fluphénazine à faibles doses en thérapeutique psychiatrique. Son action dans les états névrotiques.
Sem. Hôp. Paris, février 1962.-
- 15.- COLLARD J., KERF J. - Le traitement de l'anxiété névrotique par le Valium -
Encéphale, novembre-décembre 1962.-
- 16.- DEJERINE et GAUCKLER - Manifestations fonctionnelles des psychonévroses -
Masson, 1911.-
- 17.- DELAY - Névrose et création -
Congrès de Liège, juillet 1954.-
- 18.- DELAY - Les dérèglements de l'humeur -
P.U.F. 1946.-
- 19.- DEREUX J.F.- La névrose d'angoisse, aspects psychopathologiques et neurophysiologiques -
Feuilletts méd. août-sept. 1967.-
- 20.- DEREUX J-F. - Névrose, obsession et psychasthénie -
Encéphale, 1959.-
- 21.- DEVEREUX G. - Réflexions ethno-psychanalytiques sur la fatigue névrotique -
Méd. et Hyg. oct. 1966.-
- 22.- DIMITROV C. et coll. - Le névrosé et son métier -
Ann. Méd. Psychol. Paris, décembre 1965.-
- 23.- DOYLE - Etude de quelques traits névrotiques. Attitudes agressives - Compte-rendu in A.M.P., nov. 1956.-
- 24.- DUCHE D.J. - Prévention des névroses de l'enfant -
Cah. coll. méd. hôp. Paris, déc. 1965.-
- 25.- DUCHE - Problèmes pratiques posés par le traitement de la neurasthénie et de la psychasthénie -
Vie méd. novembre 1962.-
- 26.- DURAND et Coll. - Préparation à la psychothérapie dans les névroses par la cure de chlorpromazine - Ann. Méd. Psych. avril 1957.-

- 27.- ELOY G. - Les états névrotiques -
Thèse ronéotypée, Paris 1957.-
- 28.- EY - Anxiété morbide -
Etudes psychiatriques, vol. II, n° 15, 1950.-
- 29.- EY - Hypochondrie -
Etudes psychiatriques, vol. II, n° 17, 1950.-
- 30.- FENICHEL - La théorie psychanalytique des névroses -
P.U.F. 1952.-
- 31.- FOREL - La psychologie des névroses -
Ann. méd. psychol. nov. 1925.-
- 32.- FREUD - Sur la légitimité de détacher de la neurasthénie
un syndrome de névrose d'angoisse -
Neurologie ZBI, traduction anglaise in Collec-
ted papers Hogarth Londres, 1895.-
- 33.- GENDROT et RECAMIER - Névrose d'angoisse -
Encyclopédie médico-chir. t. II,
37330 A 10.-
- 34.- GOES DE ARANJO H. - On the physiocom patients relation
Top problem psychoter. 1963.-
- 35.- GENTON M. GLOOR C., VILLA J.L. - Contribution de la
psychothérapie de groupe à la compréhension
de la névrose -
Evol. psychiatrique, juillet-septembre 1961.-
- 36.- HARTENBERG P. - Les psychonévroses anxieuses et leur
traitement -
Alcan, 1922.-
- 37.- HARTENBERG - Classification des névroses -
Ann. médico. psych. T. I, 1936.-
- 38.- HECKEL - La névrose d'angoisse -
Masson, 1917.-
- 39.- HELD H. - Psychothérapie des maladies psychosomatiques -
Sem. des Hôp. Juillet 1959.-
- 40.- HELD - Introduction générale à une étude exhaustive de
la clinique de la signification et de la psycho-
thérapie de l'impuissance sexuelle névrotique -
Gaz. méd. France, avril 1968.-

- 41.- HELD - La fatigue névrotique -
Méd et Hyg., oct. 1966.-
- 42.- HESNARD - Les syndromes névropathiques -
DOIN, 1927.-
- 43.- HORNEY K.- La personnalité névrotique de notre temps -
L'Arche, 1953.-
- 44.- JANET - Les névroses -
Flammarion, 1909.-
- 45.- LACAN - Fonction et champ de l'aparole et du langage en
psychanalyse -
La Psychanalyse, n° 1, 1956.-
- 46.- LAFORGUE - Sur la névrose familiale -
Evol. Psych. juillet-sept. 1962.-
- 47.- LAURIER - Théorie des rapports médecin-malade.
Congrès des médecins aliénistes - Bordeaux
sept. 1956.-
- 48.- LÔO P. - Névroses et états névrotiques -
Ann. méd. psych. juillet 1956.-
- 49.- LÔO P. et coll. - Les névroses -
Vigot, 1960.-
- 50.- LÔO P. - Faux syndromes endocrinien au cours des états
névrotiques -
Rev. méd. Franç. novembre 1959.-
- 51.- MARCHAIS P. - Contribution à l'étude psychopathologi-
que des névroses thérapeutiques -
Revue d'information du corps méd.
mars 1968.-
- 52.- MARTIN et FAURE - La relation médecin-malade en psycho-
thérapie -
Congrès des médecins aliénistes -
Bordeaux, sept. 1956.-
- 53.- MICHAUX et BUGE - L'anxiété -
Revue du praticien, avril 1953.-
- 54.- NUMBERG - De la névrose en général sur les bases psy-
chanalytiques -
P.U.F. 1956.-

- 55.- PERRIN et CERTHOUX J. - A propos de la sismothérapie électrique dans les névroses -
Ann. méd. psych. T. I, n° 3, 1957.-
- 56.- PICHOT P. - L'anxiété pathologique et son traitement -
Sem. théor. juillet 1961.-
- 57.- PIERSON - A propos des névroses traumatiques - aspect actuel de la question -
Encéphale, nov-déc. 1961.-
- 58.- PIROZYNSKI T. et coll. - Considérations sur les états névrotiques dans le post-abortum -
Ann. médico-psych. déc. 1966.-
- 59.- PLANQUES - Quelques remarques sur les névroses industrielles -
Arch. Nat. Prof. juillet-août 1959.-
- 60.- POROT - Manuel alphabétique de psychiatrie -
P.U.F. - 1952.-
- 61.- POSCHE F. - Régression, perversion, névrose -
Rev. Franç. de Psychanalyse, mars 1962.-
- 62.- ROGNANT - Exhibitionnisme et déconditionnement -
Ann. médicopsychol., juillet 1965.-
- 63.- ROMETTI - Lombalgie rhumatismale et lombalgie névrotique
Rev. méd. Tours, mai 1966.-
- 64.- RONART - Difficultés scolaires d'origine émotionnelle et familiale -
Rev. Prat. 11 septembre 1962.-
- 65.- SIZARET - Les névroses secondaires après arrêt du travail -
Rev. méd. Tours, mai 1966.-
- 66.- THURE von UEXKÜLL - La médecine psychosomatique -
Gallimard - Paris 1966.-

